

Wird von der Agentur für Arbeit ausgefüllt	
formlose Antragstellung am:	
<input type="checkbox"/> telefonisch	<input checked="" type="checkbox"/> schriftlich
<input type="checkbox"/> persönlich	
zust.	Hdz.:

Zutreffendes bitte ankreuzen

Antrag

auf Gleichstellung mit einem schwerbehinderten Menschen nach § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)

Hinweis: Bitte füllen Sie den Antrag gut leserlich aus.

1. Angaben zur Person

- a) Familienname (ggf. Geburtsname), Vorname, Familienstand, Kundennummer, Staatsangehörigkeit
-
- b) Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt (Straße, Hausnummer, PLZ und Wohnort)
-
- | | | |
|-----------------|---------------------------|--|
| c) Geburtsdatum | Rentenversicherungsnummer | Telefonisch tagsüber erreichbar unter:
mobil:
(freiwillige Angabe) |
|-----------------|---------------------------|--|
- d) bei Ausländern Berechtigung zur Arbeitsaufnahme liegt vor (Aufenthaltstitel bitte in Kopie beifügen)
 Berechtigung zur Arbeitsaufnahme nicht erforderlich, weil:
-

2. Angaben zum Grad der Behinderung

- a) Der festgestellte Grad der Behinderung (GdB) beträgt _____
- Als Nachweis bitte eine Kopie Ihres Feststellungsbescheides über Art und Grad Ihrer Behinderung (vollständig) oder des Rentenbescheides der Berufsgenossenschaft beifügen. Die Bescheinigung zur Vorlage beim Finanzamt ist für die Bearbeitung nicht ausreichend.**
- b) Gegen den Bescheid habe ich am _____ Widerspruch/Klage erhoben.
Wurde schon entschieden?
 nein
 ja
- c) Über meinen Erstantrag vom _____ wurde noch nicht entschieden.
- d) Ich habe am _____ einen Antrag zur Neufeststellung des GdB gestellt.

3. Angaben zum Arbeitsverhältnis und zur Tätigkeit

a) Ich bin

beschäftigt bei (Arbeitgeber/Ausbildungsbetrieb)

Firmenname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

beschäftigt als

seit

in Ausbildung als

seit

verbeamtet auf Lebenszeit als

seit

in einem sonstigen Dienstverhältnis als

seit

arbeitslos/arbeitsuchend/
ausbildungsuchend seit

gemeldet bei

Agentur für Arbeit/Jobcenter

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner

selbstständig seit

b) Können Sie Ihre derzeitige Tätigkeit weiterhin ausüben?

- ja, ohne Einschränkung
- ja, mit behinderungsbedingten Einschränkungen (Begründung bitte unter Punkt 4a)
- Nein (Begründung bitte unter Punkt 4a)
-

c) Eine innerbetriebliche Umsetzung ist wegen der Auswirkungen meiner Behinderungen

- vorgesehen bereits erfolgt am _____ nicht möglich
- nicht erforderlich

Falls bereits erfolgt, sind weiterhin behinderungsbedingte Einschränkungen gegeben.

- ja nein

d) Welche vertraglich vereinbarten Arbeitszeiten haben Sie?

- Vollzeit Teilzeitarbeit mit _____ Std./Woche
- Schichtarbeit Wechselschicht Nachtschicht

e) Wie sind Ihre örtlichen Arbeitsbedingungen (Mehrfachnennung ist möglich)

Tätigkeit

- im Freien in geschlossenen Räumen in temperierten Räumen
- ständig stehend
- überwiegend gehend
- zeitweise sitzend

Weitere Arbeitsbedingungen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Zeitdruck (z.B. Akkord, Fließband) | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> Nässe | <input type="checkbox"/> Kälte |
| <input type="checkbox"/> Hitze | <input type="checkbox"/> Zugluft |
| <input type="checkbox"/> Staub | <input type="checkbox"/> Rauch |
| <input type="checkbox"/> Gase | <input type="checkbox"/> Dämpfe |
| <input type="checkbox"/> Schmutz, hautbelastende Stoffe | <input type="checkbox"/> Zwangshaltungen (z.B. Überkopfarbeit, Knien) |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Bücken | <input type="checkbox"/> auf Leitern/Gerüsten/in großer Höhe |
| <input type="checkbox"/> Häufiges Heben/Tragen ohne Hilfsmittel | |

f) Mein Arbeitsverhältnis ist befristet bis _____

- nicht gekündigt. gekündigt am _____ zum _____

Ich habe gegen die Kündigung

- keine
- folgende Schritte eingeleitet
-

g) **Ich habe einen besonderen Kündigungsschutz** (z.B. Mutterschutz, Betriebs- oder Personalratsmitglied, tariflicher oder gesetzlicher Kündigungsschutz)

nein

ja (welchen)

4. Begründung des Antrages

a) Bitte beschreiben Sie detailliert, was Sie mit Ihrem Antrag konkret erreichen wollen und wie sich Ihre Behinderung auf Ihre derzeitige Tätigkeit auswirkt (keine Diagnose). Ggf. bitte das Beiblatt verwenden.

b) Hatten Sie in den letzten zwei Jahren nennenswerte Fehlzeiten **wegen** Ihrer Behinderung?

nein

ja (bitte nachfolgend jeweils die Dauer der Fehlzeit sowie die Art der Ausfallursache angeben, ggf. bitte das Beiblatt verwenden)

vom	bis	Ausfall wegen Arbeitsunfähigkeit	Ausfall wegen medizinischer Reha (Kur)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c) Sind Sie derzeit arbeitsunfähig erkrankt?

nein

ja, seit _____, ist ein Ende der Arbeitsunfähigkeit absehbar?

nein

ja, voraussichtlich arbeitsfähig ab _____

d) Eine Wiedereingliederung

ist geplant von _____ bis _____

erfolgt derzeit von _____ bis _____

wurde abgebrochen

ist nicht geplant oder

ist bereits abgeschlossen, mit folgendem Ergebnis:

e) Mein Arbeitsverhältnis ist

zusätzlich

ausschließlich

aus anderen, nicht behinderungsbedingten Gründen (z. B. Rationalisierung - evtl. mit Sozialplan- Auftragsmangel, Technisierung) gefährdet.

Gründe:

f) Hat der Arbeitgeber bereits mit einer Kündigung aus behinderungsbedingten Gründen gedroht?

ja

nein

Wenn ja, in welcher Form (z. B. *Abmahnung, Fehlzeitengespräche*) und aus welchen Gründen?

(bitte Nachweise beifügen, falls vorhanden)

g) Ich benötige die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes.

Wurden Bewerbungsbemühungen bereits gestartet?

nein

ja

h) Ich habe die Aussicht auf ein neues Arbeitsverhältnis/einen neuen Ausbildungsplatz.

Macht der Arbeitgeber die Einstellung von einer Gleichstellung abhängig?

nein

ja, bitte Bestätigung des Arbeitgebers beifügen

Name und Anschrift des neuen Arbeitgebers, geplanter Einstellungstermin

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner, Telefon (freiwillige Angabe)

i) Geben Sie hier bitte die Gründe an, weshalb Sie die Gleichstellung zur Erlangung eines Arbeitsplatzes benötigen?

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit meiner Angaben

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Zusatz für beschäftigte Antragstellerinnen bzw. Antragsteller:

Einwilligungserklärung zur Erhebung von Daten zur Arbeitsplatzsituation beim Arbeitgeber und - soweit vorhanden - beim Betriebs-/Personalrat bzw. bei einer sonstigen Vertretung nach § 176 SGB IX sowie bei der Schwerbehindertenvertretung.

Zu den Voraussetzungen der Gleichstellung gehört, dass Sie infolge Ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz nicht erlangen oder nicht behalten können. Dafür sind die in diesem Antrag angefragten Informationen erforderlich. Zur Entscheidung über Ihren Antrag auf Gleichstellung erfolgt eine umfassende Sachverhaltsermittlung. Deshalb beabsichtigen wir, wenn Sie die Gleichstellung zum Behalten Ihres Arbeitsplatzes beantragen, mit Ihrer Einwilligung auch Ihren Arbeitgeber und - soweit vorhanden – Betriebs-/Personalrat bzw. sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX sowie die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrer Arbeitsplatzsituation zu befragen, um diesbezüglich ergänzende Informationen einzuholen. Es handelt sich dabei um Fragen zur konkreten Situation am Arbeitsplatz, zu einer möglichen Gefährdung des Arbeitsplatzes sowie zum Arbeitsverhältnis (Vorliegen eines besonderen Kündigungsschutzes, einer Kündigung oder eines Aufhebungsvertrages). Ein Muster des Fragebogens wird Ihnen auf Anfrage gerne zur Verfügung gestellt.

Für diese Befragung benötigen wir Ihre vorherige Einwilligung. Wir weisen Sie darauf hin, dass Sie nicht verpflichtet sind, Ihre Einwilligung zu erteilen, vielmehr ist die Erteilung Ihrer Einwilligung freiwillig. Dabei geben Sie Ihre Einwilligung für jede der unten genannten Stellen getrennt ab. Eine einmal erteilte Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen.

Erteilen Sie eine oder mehrere Einwilligungen nicht, könnte dies bei der weiteren Bearbeitung Ihres Antrags unter Umständen dazu führen, dass dann der maßgebliche Sachverhalt nicht im erforderlichen Umfang ermittelt werden kann. Dies kann unter den Voraussetzungen der §§ 60, 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) zu einer Versagung der Gleichstellung führen.

a) Darf Ihr Arbeitgeber zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

Ja Nein

Adresse der bei Ihrem Arbeitgeber für Personalangelegenheiten zuständigen Stelle, wenn abweichend von der Anschrift bei Ziff. 3a)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl und Ort

b) Ist ein Betriebs-/Personalrat oder eine sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX vorhanden?

Ja Nein unbekannt

Darf der Betriebs-/Personalrat bzw. die sonstige Vertretung nach § 176 SGB IX zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

Ja Nein

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Ziff. 3a)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl und Ort

c) Ist eine Schwerbehindertenvertretung vorhanden?

Ja Nein unbekannt

Darf die Schwerbehindertenvertretung zu Ihrem Arbeitsverhältnis/zu Ihrer Arbeitsplatzsituation befragt werden?

Ja

Nein

Adresse, wenn abweichend von der des Arbeitgebers (Ziff. 3a)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Agentur für Arbeit widerrufen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Die bis zum Widerruf erfolgte Verarbeitung bleibt davon unberührt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Beiblatt zum Antragsvordruck

(Dieses Blatt bitte nur ausfüllen, wenn Sie bei den Ziffern 4a) und 4b) weiteren Platz benötigen)

Zur Begründung des Antrags - Ziffer 4a)

Zu Ziffer 4b (bitte fortsetzen)

Vom (TT.MM.JJJJ)	Bis (TT.MM.JJJJ)	Ausfall wegen Arbeitsunfähigkeit	Ausfall wegen medizinischer Reha (Kur)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>